BOLETIN MENSUAL

SIDA

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

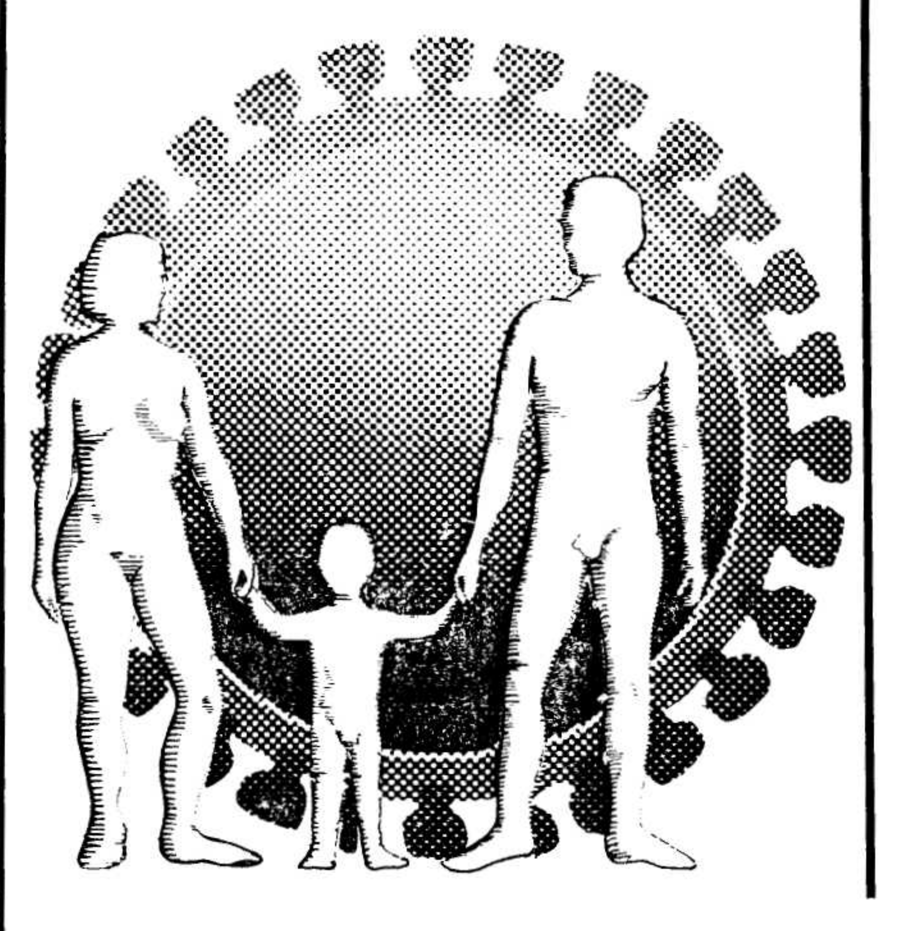
MEXICO



SECTOR SALUD

año 2 número 7 julio de 1988

IV Conferencia Internacional sobre Sida. Estocolmo, Suecia. 13 - 16 de junio de 1988.



CONTENIDO

1. SITUACION DEL SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JULIO DE 1988.

2. MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN EL SIDA.

3. RESUMENES DE TRABAJOS PRESENTADOS POR MIEMBROS DE CONASIDA EN LA IV CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA.

EDITADO POR LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. SSA

1. SITUACION DEL SIDA EN MEXICO. DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL 1º DE JULIO DE 1988.

Hasta el 1º de julio de 1988 se han notificado a la Dirección General de Epidemiología 1565 casos de SIDA; durante el último mes se notificaron 63 casos nuevos, la mayoría de los cuales iniciaron su padecimiento durante 1987.

La tendencia de los casos es ascendente en todas las entidades del país, aunque el Distrito Federal concentra 532 casos de SIDA con una tasa de incidencia acumulada de 53.5 casos por millón de habitantes, el porcentaje de casos de SIDA en esta ciudad es ahora de 34.2%. El 65% de los casos de esta enfermedad se presentan en provincia y este porcentaje muestra una tendencia más acelerada que en el Distrito Federal. Los estados de la región norte del país concentran el 16% de los casos, con tasas que varían de 36.8 casos por millón de habitantes en Baja California, hasta 7.5 en Sonora. En conjunto en esta región se han reportado 248 casos con una tasa de 19.8. En la región centro occidente se han reportado 384 casos, que representan éstos el 24.7% de todos los casos con una tasa de 20 por millón de habitantes; Jalisco concentra 220 con una tasa de 44.2. La región centro oriente ha notificado 275 casos (17.7%) con una tasa de 9.7. El Estado de México concentra 118 con una tasa de 11.5. Los estados de la región sur han reportado 95 casos (6.1%) con una tasa de 11.4.

Las entidades con mayor riesgo de SIDA expresado en tasas son el D.F., Jalisco, Baja California, Morelos, Coahuila y Yucatán.

Del total de casos de SIDA, 1429 (91.3%) corresponden a hombres y 136 (8.7%) a mujeres, con una razón de 10.5/1. En este mes se notificaron 11 casos nuevos en mujeres. La mayor proporción de casos en hombres se presenta en el grupo de 25 a 44 años. La razón hombre mujer en mayores de 65 años y menores de 15, es de 2 a 1 y 4 a 1 respectivamente. Del total de casos, el 66.5% se notificaron en el grupo de 25 a 44 años, el 13.4% en adultos jóvenes (de 15 a 24 años), y 13.2% corresponde al grupo de 45 a 64 años.

En términos de tasas se ha reportado más de un caso de SIDA (1.3) por cada 10 000 hombres en el grupo de 25 a 44 años, en cambio sólo 8 casos por cada millón de mujeres en este mismo grupo de edad. El riesgo de tener SIDA sigue siendo tres veces

mayor en hombres de 25 a 44 años, y 1.3 veces en varones de 45 a 64 años en relación al total de la población masculina. El grupo de varones con menor riesgo, es el de mayores de 65 años; en las mujeres son las menores de 15 años. Para ambos grupos el riesgo representa menos de la vigésima parte en relación al total de la población. Se han reportado 59 casos en menores de 15 años, que representan 3.8% de los casos.

En 819 casos de SIDA se cuenta con información de la ocupación, afectando principalmente a trabajadores de servicios públicos o personales con 17.7%, empleados administrativos 15.6%, profesionistas 8.4%, trabajadores de la educación 7.7% y estudiantes 6.4%.

En la actualidad la población urbana de estratos socioeconómicos medio y alto es la más afectada. Sólo el 2.3% de los casos se ha reportado en campesinos.

El análisis de los casos de SIDA por factor de riesgo en mujeres adultas indica que dos terceras partes adquieren la infección por transfusión sanguínea y una tercera parte por contactos heterosexuales.

En hombres adultos, el 58% de los casos corresponde a homosexuales, el 26% a bisexuales y el 8.6% por contactos heterosexuales. En conjunto el 92.6% de los casos adquirieron la infección por vía sexual. En este mismo grupo el 5.9% (73 casos), corresponde a transmisión sanguínea, de los cuales 4.4% fueron transfundidos, 1.2% son hemofílicos y 0.3% drogadictos intravenosos.

De los 59 casos pediátricos el 35.6% corresponde a hemofílicos, el 30.5% a transfundidos, el 22% adquirieron la infección por vía perinatal y el 5.1% por vía sexual.

En cuanto a las instituciones notificantes, el 43.8% (686 casos) han sido notificados por el IMSS; 33.7% (528 casos) por la SSA; 10.6% (166 casos) por el ISSSTE; y 11.8% (185 casos) por otras instituciones.

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 59.9% (938 casos) continúan vivos y el 30.8% (482 casos) han fallecido. Se desconoce el estado actual de 145 pacientes.

NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FECHA DE INICIO DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1980-1988

AÑO/SEMESTRE	Nº DE CASOS POR FECHA DE INICIO	Nº DE CASOS ACUMULADOS
1981		
1er. semestre	1	1
2do. semestre	1	2
1982		
1er. semestre	3	5
2do. semestre	8	13
1983		
1er. semestre	18	31
2do. semestre	18	49
1984		
1er. semestre	18	67
2do. semestre	54	121
1985		
1er. semestre	79	200
2do. semestre	141	341
1986		
1er. semestre	156	497
2do. semestre	296	793
1987		
1er. semestre	378	1171
2do. semestre	263	1434
1988		
1er. semestre	131	1565
TOTAL:	**1565**	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD
HASTA EL 1º DE JULIO DE 1988

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA POR OCUPACION MEXICO, HASTA EL 1ª DE JULIO DE 1988

	OCUPACION	No.	%
1.	TRABAJADOR EN SERVICIOS PUBLICOS O PERSONALES	145	17.7
2.	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	128	15.6
3.	PROFESIONISTAS	69	8.4
4.	TRABAJADOR DE LA EDUCACION	63	7.7
5.	ESTUDIANTE	52	6.4
6.	COMERCIANTE O VENDEDOR	47	5.7
7.	OBRERO INDUSTRIAL	46	5.6
8.	AMA DE CASA	44	5.4
9.	TRABAJADOR DE LA SALUD	43	5.3
10.	TRABAJADOR DEL ARTE Y ESPECTACULOS	35	4.3
11.	CHOFER	28	3.4
12.	TECNICO Y PERSONAL ESPECIALIZADO	26	3.2
13.	EMPLEADO DOMESTICO	20	2.4
14.	CAMPESINO O TRABAJADOR AGRICOLA	19	2.3
15.	DESEMPLEADO	18	2.2
16.	TRABAJADOR DE VIGILANCIA	14	1.7
17.	VENDEDOR AMBULANTE	13	1.6
18.	PROSTITUTA(O)	7	0.9
19.	RECLUSO	2	0.2
TOTAL		**819**	**100.0**

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO 1982-1988 (HASTA EL 1º DE JULIO)

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO			
Distrito Federal	532	53.5	34.2
subtotal	**532**	**53.5**	**34.2**
REGION NORTE			
Nuevo León	74	24.9	4.8
Coahuila	65	35.9	4.2
Baja California	49	36.8	3.1
Tamaulipas	22	10.1	1.4
Chihuahua	22	10.0	1.4
Sonora	13	7.5	0.8
Baja California Sur	3	10.7	0.2
Subtotal	**248**	**19.8**	**15.9**
REGION CENTRO OCCIDENTE			
Jalisco	220	44.2	14.1
Guerrero	37	15.2	2.4
Michoacán	33	10.2	2.1
Sinaloa	22	10.0	1.4
San Luis Potosí	18	39.3	1.2
Nayarit	17	20.9	1.1
Durango	17	12.7	1.1
Colima	10	25.1	0.6
Aguascalientes	6	9.5	0.4
Zacatecas	4	3.2	0.3
Subtotal	**384**	**20**	**24.7**

* Tasa X 1 000 000 habitantes.

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO 1982-1988 (HASTA EL 1º DE JULIO)

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO ORIENTE			
México	118	11.5	7.6
Veracruz	46	7.3	2.9
Morelos	42	36.1	2.7
Puebla	38	9.8	2.4
Hidalgo	13	7.4	0.8
Guanajuato	11	3.2	0.7
Tlaxcala	4	6.3	0.3
Querétaro	3	3.3	0.2
Subtotal	**275**	**9.7**	**17.7**
REGION SUR			
Yucatán	44	35.7	2.8
Oaxaca	19	7.3	1.2
Chiapas	12	5.0	0.8
Tabasco	8	6.5	0.5
Campeche	7	13.1	0.5
Quintana Roo	5	15.1	0.3
Subtotal	**95**	**11.4**	**6.1**
EXTRANJERO	**21**	**-**	**1.4**
SUBTOTAL	**1555**	**-**	**100.0**
SE IGNORA	**10**		
T O T A L	**1565**	**20**	**100.0**

* Tasa X 1 000 000 habitantes.

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JULIO DE 1988

EDAD Y SEXO							
GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	%	FEMENINO NO.	%	TOTAL	%	RAZON HOM/MUJ
<15	47	3.3	12	8.8	59	3.8	4/1
15-24	185	12.9	25	18.4	210	13.4	7/1
25-44	965	67.5	76	55.9	1041	66.5	13/1
45-64	191	13.4	15	11.0	206	13.2	13/1
65 y +	11	0.8	5	3.7	16	1.0	2/1
Se ignora	30	2.1	3	2.2	33	2.1	10/1
TOTAL	**1429**	**100.0**	**136**	**100.0**	**1565**	**100.0**	**10.5/1**

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA POR EDAD Y SEXO
E.U. MEXICANOS
1982-1988 (HASTA EL 1º DE JULIO)

GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	TASA*	FEMENINO NO.	TASA*	TOTAL	TASA*
<15	47	2.9	12	0.7	59	1.8
15-24	185	21.5	25	3.0	210	12.3
25-44	965	103.0	76	8.1	1041	55.8
45-64	191	47.5	15	3.6	206	25.1
65 y +	11	0.8	5	4.0	16	5.9
Se ignora	30	--	3	--	33	--
TOTAL	**1429**	**36.4**	**136**	**3.5**	**1565**	**20**

*Tasa X 1 000 000 habitantes

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JULIO DE 1988

FACTOR DE RIESGO EN ADULTOS POR SEXO						
FACTOR DE	MASCULINO		FEMENINO			
RIESGO	NO.	%	NO.	%	TOTAL	%
HOMOSEXUALES MASC.	708	58.0			708	53.0
BISEXUALES MASC.	318	26.0			318	23.8
CONTACTOS HETEROSEXUALES	105	8.6	35	30.7	140	10.5
TRANSMISION SEXUAL	1131	92.6	35	30.7	1166	87.3
TRANSFUSION	54	4.4	79	69.3	133	10.0
HEMOFILICOS	15	1.2			15	1.1
DROGADICTOS (I.V.)	4	0.3			4	0.3
TRANSFUSION SANGUINEA	73	5.9	79	69.3	152	11.4
HETEROSEX/DROGADICTOS (I.V.)	17	1.4			17	1.3
SUBTOTAL	1221	100.0 (88.4)	114	100.0 (91.9)	1335	100.0 (88.6)
NO DOCUMENTADO		161 (11.6)		10 (8.1)		171 (11.4)
TOTAL	**1382**	**100.0**	**124**	**100.0**	**1506**	**100.0**

FACTOR DE RIESGO EN CASOS PEDIATRICOS		
FACTOR DE RIESGO	**No.**	**%**
HEMOFILICOS	21	35.6
TRANSFUSION	18	30.5
TRANSMISION SANGUINEA	39	66.1
HOMOSEXUAL MASC.	2	3.4
HETEROSEXUAL FEM.	1	1.7
TRANSMISION SEXUAL	3	5.1
PERINATAL	13	22.0
NO DOCUMENTADO	4	6.8
TOTAL	**59**	**100**

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JULIO DE 1988

POR FECHA DE INICIO ACUMULADOS

CASOS

2000
1000
0

AÑO	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
CASOS	2	13	49	121	341	793	1434	1565

POR REGION GEOGRAFICA

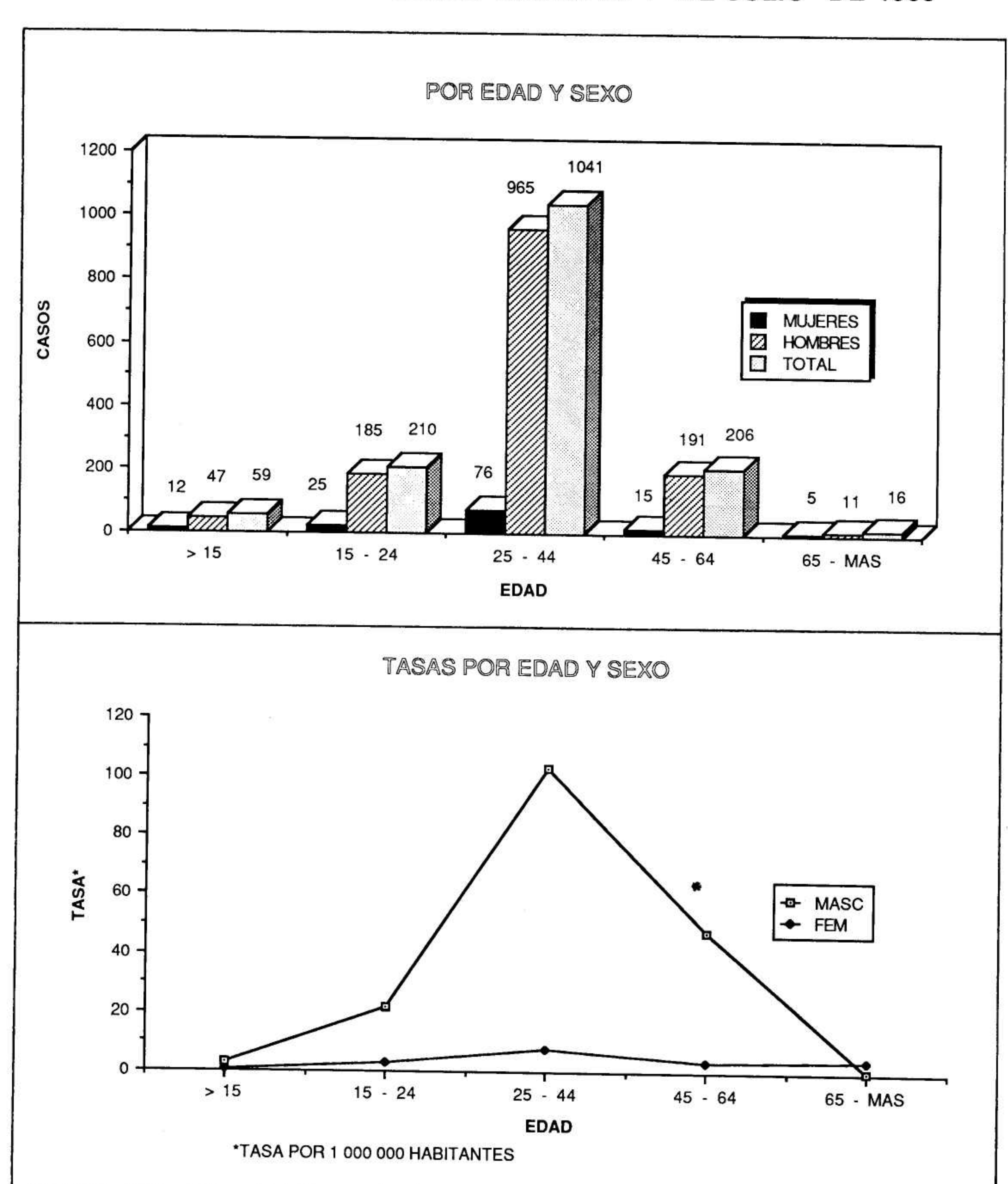
TASA*

60
50
40
30
20
10
0

REGION	CENTRO	NORTE	CENT. OCCID.	SUR	CENT. ORIEN.
TASA*	53.5	19.8	20.0	11.4	9.7

* TASA POR 1 000 000 HABITANTES

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JULIO DE 1988



CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JULIO DE 1988

FACTOR DE RIESGO EN ADULTOS POR SEXO

SE DESCONOCE EL FACTOR DE RIESGO EN 161 HOMBRES Y 10 MUJERES

FACTOR DE RIESGO EN CASOS PEDIATRICOS

2. MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

Dra. Guadalupe García-Tsao. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

INTRODUCCION

El tracto gastrointestinal es uno de los principales órganos afectados en el SIDA. Los dos tipos principales de afección gastrointestinal son: las infecciones y las neoplasias (1, 2).

Las infecciones gastrointestinales que se presentan en pacientes con SIDA son de dos tipos: a) infecciones por gérmenes no oportunistas que ocurren frecuentemente en homosexuales sanos y b) infecciones por organismos oportunistas (1, 2). En la Tabla 1 se muestran los organismos específicos que producen estas infecciones.

Entre las neoplasias digestivas, la más frecuente es el sarcoma de Kaposi (SK), el cual involucra principalmente la submucosa del estómago y del intestino proximal. El SK visceral es clínicamente silencioso y sólo cuando la afección es extensa puede manifestarse por hemorragia gastrointestinal. Otros tumores menos frecuentes en SIDA son: linfoma no Hodgkin, carcinoma cloacogénico y carcinoma escamoso del recto (1,2).

TABLA 1

ORGANISMOS QUE PRODUCEN INFECCIONES GASTROINTESTINALES EN EL SIDA

	NO OPORTUNISTAS	OPORTUNISTAS
BACTERIAS	*Salmonella*	*Mycobacterium avium intracellulare (MAI)*
	Shigella	
	Campylobacter	
	Neisseria	
PROTOZOARIOS	*Entamoeba histolytica*	*Cryptosporidium*
	Giardia lamblia	*Isospora belli*
VIRUS	*Herpes simplex* (HSV) Hepatitis A, B, NANB y Delta	*Citomegalovirus* (CMV)
HONGOS		*Candida albicans*

En todas las series (1-4), incluyendo la realizada en nuestro medio (5), se informa que la diarrea es el síndrome gastrointestinal más común en el SIDA, presentándose en más del 85% de los pacientes ya sea como manifestación inicial o en el curso del padecimiento. Le siguen en

frecuencia la disfagia y la odinofagia. En la Tabla 2 se resumen estos síntomas y sus causas.

TABLA 2	
SINTOMAS GASTROINTESTINALES EN SIDA Y CAUSAS	
SINTOMA	CAUSA
ODINOFAGIA	*C. albicans*, HSV CMV
DISFAGIA	*C. albicans*, HSV, CMV Linfoma
DIARREA	*Giardia*, CMV, *Cryptosporidium*, *Isospora*, MAI Enteropatía del SIDA Linfoma
MALABSORCION	*Giardia*, *Cryptosporidium* Enteropatía del SIDA
DIARREA SANGUINOLENTA	*E. histolytica*, *Shigella*, CMV, HSV Sarcoma de Kaposi
HEMORRAGIA G.I.	CMV, HSV Sarcoma de Kaposi
CONSTIPACION	HSV, *N. gonorrhea* Carcinoma escamoso de recto
DOLOR ANORRECTAL	HSV, *N. gonorrhea*, *E. histolytica*
ICTERICIA	CMV, *Cryptosporidium*

BOCA

Aunque la candidiasis oral no es un criterio diagnóstico de SIDA, en sujetos con alto riesgo, su presencia predice el desarrollo de infecciones por otros oportunistas en más del 60% de los casos (1). Las lesiones orales se presentan como placas blanquecinas y/o úlceras dolorosas. En nuestro medio, la candidiasis oral se presentó inicialmente en 27% de los casos (5).

Otras causas de afección oral en SIDA son úlceras por *Herpes simplex*, y más raramente SK (1-4).

ESOFAGO

En la mayoría de los casos de SIDA con candidiasis oral hay afección esofágica, siendo la disfagia su síntoma principal. Existe una pobre correlación entre la intensidad de la sintomatología y la gravedad de la candidiasis esofágica. Puesto que en el paciente con SIDA pueden coexistir otras infecciones esofágicas causantes de disfagia (CMV, HSV) es recomendable realizar endoscopía con toma de improntas y biopsias (1-4). Las lesiones esofágicas pueden persistir a pesar de la resolución tanto de la sintomatología como de las lesiones orales, por lo que estos parámetros no deben utilizarse para valorar la respuesta al tratamiento (4).

ESTOMAGO

Las infecciones gástricas (gastritis por Cándida, afección por CMV) son infrecuentes en el SIDA. La neoplasia más frecuente es el SK que es generalmente asintomático. Recientemente se ha descrito una entidad denominada "gastropatía del SIDA" caracterizada por una disminución en la masa de células parietales e hipoclorhidria, lo cual

inhibe la absorción de Ketoconazole (6).

INTESTINO DELGADO Y COLON

La causa más común de diarrea en pacientes con SIDA es la infecciosa. En el 20-30% de los casos se encuentra más de un patógeno. En un estudio prospectivo reciente realizado en homosexuales con SIDA y diarrea (7), se encontraron uno o más agentes patógenos en 85% de los casos después de una búsqueda intencionada que incluyó: examen de heces (para virus, bacterias, hongos y protozoarios), esofagogastroduodenoscopía y colonoscopía para la obtención de líquido y tejido intestinal para análisis histológico y microbiológico. El agente etiológico más común fue el *CMV*, seguido de *E. histolytica* y *Cryptosporidium*. El 67% de las diarreas se resolvieron con tratamiento específico.

La enteritis/colitis por *CMV* se manifiesta con diarrea prolongada y en los casos más graves puede complicarse con una colitis hemorrágica o con perforación colónica. El mecanismo de daño es por una vasculitis secundaria a la infección de células endoteliales intestinales por el virus (1-4).

El *Cryptosporidium* es un protozoario pequeño que parasita las células epiteliales de las vellosidades intestinales y por un mecanismo aún desconocido produce diarrea secretora intensa (hasta 25 evacuaciones por día). El *Cryptosporidium* fue el agente más comunmente aislado en nuestro medio, seguido de la *E. histolytica* (5).

La infección del intestino delgado por *MAI* parece ser más frecuente en adictos a drogas de aplicación intravenosa con SIDA. Produce cambios patológicos similares a los de la enfermedad de Whipple, produciendo diarrea y malabsorción (1-4).

En un porcentaje variable de pacientes con SIDA existe diarrea y/o malabsorción sin que pueda encontrarse un organismo infeccioso. Esta entidad se ha denominado "enteropatía del SIDA" y se ha postulado que sea secundaria a desnutrición, a una infección no detectada o bien a la infección por el mismo VIH (7).

HIGADO Y VIAS BILIARES

La hepatomegalia y las alteraciones en las pruebas de función hépatica (PFH), ocurren frecuentemente en SIDA, aunque ninguna de estas

alteraciones es específica (8).

Histológicamente, el hígado generalmente es anormal, siendo los hallazgos más frecuentes esteatosis macrovesicular y granulomas (8-10). Aunque no éxiste una lesión patognomónica de SIDA en hígado, un hallazgo característico es la disminución o ausencia de linfocitos en los espacios portales (8).

Las infecciones oportunistas afectan el hígado en cerca de la mitad de los casos, siendo las micobacterias (*M. tuberculosis* y *MAI* en nuestro medio) los patógenos más frecuentes (8-10). También se ha descrito afección hepática por *CMV*, criptococo y SK. La infección por el virus de la hepatitis B es común en pacientes que desarrollan SIDA, sin embargo la hepatitis crónica grave o progresiva es rara en el SIDA (11).

La biopsia hepática se recomienda en pacientes con SIDA con fiebre inexplicable, hepatomegalia y alteraciones en las PFH. Recientemente se han descrito colecistitis e ictericia obstructiva extrahepática, asociados a infección biliar por *CMV* y *Cryptosporidium* con hallazgos colangiográficos similares a los de la colangitis esclerosante primaria (12).

BIBLIOGRAFIA

1) Santangelo WC, Krejs GJ.: Southwestern Internal Medicine Conference: Gastrointestinal manifestations of the acquired inmunodeficiency syndrome. Am J Med Sci 1986; 292:328-334.
2) Smith PD.: Gastrointestinal infections in patients with acquired inmunodeficiency syndrome. Viewpoints Dig Dis 1986;18:1-4.
3) Gelb A, Miller S.: AIDS and gastroenterology. Am J Gastroent 1986;81:619-622.
4) Rodgers VD, Kagnoff MF.: Gastrointestinal manifestations of the acquired inmunodeficiency syndrome. West J Med 1987;146:57-67.
5) Chavarría P, Valdovinos MA, Robles-Díaz G et al.: Alteraciones gastrointestinales en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Rev Inv es Clin (Méx) 1987;39 (suplemento):25-33.
6) Lake-Bakaar G, Tom W, Gupta N et al.: AIDS gstropathy: reversible ketoconazole malabsorción. Gastroenterology 1988;94:A247 (abstract).
7) Smith PD, Lane HC, Gill VJ et al.: Intestinal infections in patients with the acquired inmunodeficiency syndrome (AIDS). Etiology and response to therapy. Ann Int Med 1988;108:328-333.
8) Schneiderman DJ, Arenson DM, Cello JP et al.: Hepatic disease in patients with the acquired inmune deficiency syndrome (AIDS). Hepatology 1987;7:925-930.
9) Gordon SC, Reddy KR, Gould EE et al.: The liver in the acquired inmunodeficiency syndrome. J Hepatol 1986;2:175-184.
10) Uribe M, Passerelli L, Arista J et al.: El hígado en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Utilidad diagnóstica de la biopsia hepática por punción. Rev Invest Clin (Méx);39 (suplemento):35-40.
11) Rustgi VK, Hoofnagle JH, Gerin JL et: al. Hepatitis B virus infection in the acquired inmunodeficiency syndrome. Ann Int Med 1984;101:795-797.
12) Margulis SJ, Honig CL, Soave R et al.: Biliary tract obstruction in the acquired inmunodeficiency syndrome. Ann Int Med 1986;105:207-210.

3. RESUMENES DE TRABAJOS PRESENTADOS POR MIEMBROS DEL CONASIDA EN LA IV CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA, ESTOCOLMO, SUECIA 13 - 16 DE JUNIO DE 1988.

PATRONES EPIDEMIOLOGICOS DEL VIH EN MEXICO ◊

Valdespino J.L., Sepúlveda J., Izazola J.A., García M.L., Loo E., y Rico B.
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.

OBJETIVO: Describir los patrones epidemiológicos del VIH en México.

METODO: Se realizaron análisis y predicciones de los casos de SIDA en México y de encuestas seroepidemiológicas.

RESULTADOS: La población de México es de 80 millones de habitantes. Los primeros casos de SIDA fueron diagnosticados en 1983. Desde entonces, se han notificado 1091 casos, mostrando una curva de crecimiento exponencial. Se ha calculado que el tiempo de duplicación actual es de 7 a 8 meses. Al inicio de la epidemia, los casos de SIDA se presentaban en hombres homosexuales residentes en las grandes urbes, de estrato socioeconómico alto. La distribución de casos es la siguiente: pediátricos 4%, hombres homosexuales 59%, hombres bisexuales 24%, heterosexuales 5.4%, receptores de transfusiones y hemofílicos 10% y drogadictos intravenosos 0.4%; el resto corresponde a otros factores. Las encuestas seroepidemiológicas han mostrado las siguientes prevalencias de anticuerpos anti-VIH: hombres homosexuales de 0 a 31%, hombres prostitutos de 6 a 16%, mujeres prostitutas de 0 a 1%, hemofílicos de 20 a 66%, donadores de paga de a 30%, donadores altruistas 0.1%, y reclusos de 0 a 0.5%. Los casos de SIDA esperados para 1991, calculados con distintos modelos epidemiológicos, oscilan entre 20,000 y 35,000. Por el momento carecemos de datos sobre la incidencia de la infección por VIH.

CONCLUSION: En base a los datos de seroprevalencia, se espera que continúe el incremento en las tasas de infección en hombres homosexuales, bisexuales y prostitutos. La transmisión heterosexual probablemente se incremente más rápidamente que la transmisión homosexual. Por ello en México, como en otros países latinoamericanos, la transmisión heterosexual del VIH puede adquirir mayor importancia que en Estados Unidos y Europa.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 335, resumen 5082. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

DETERMINACION DE LA PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-VIH EN MEXICO A TRAVES DE LA ENCUESTA NACIONAL SEROEPIDEMIOLOGICA ◊

Sepúlveda J, Tapia R, Gutiérrez G, Valdespino J.L, Mosqueira C.
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de anticuerpos anti-VIH en una muestra representativa de la población nacional, y proporcionar información sobre la asociación con otras enfermedades infecciosas y su correlación con variables demográficas, socioeconómicas y culturales.

METODOS: Se obtuvo para el estudio una muestra probabilística, representativa de la población del país. Se seleccionaron 63,000 hogares de un marco muestral actualizado en el que se incluía población urbana y rural, estratificada por nivel socioeconómico. Previo consentimiento verbal, se tomó a todos los habitantes de cada una de las casas seleccionadas una muestra de sangre para determinar la presencia de anticuerpos contra los siguientes virus: VIH, Hepatitis B, Herpes y Citomegalovirus. También se recopiló información de variables demográficas, socio-económicas y culturales. La información se obtuvo por medio de entrevistadores capacitados y las muestras de sangre por un equipo de médicos y enfermeras, guardando estrictas condiciones de confidencialidad.

RESULTADOS: Se han obtenido 78,536 muestras de sangre, conservándose en un Banco de Suero diseñado especialmente. Los análisis de los sueros se están realizando con la técnica de ELISA y son confirmados por la de WESTERN BLOT. El análisis de los datos se está llevando a cabo actualmente y los resultados serán presentados en la Conferencia.

CONCLUSION: La Encuesta Nacional Seroepidemiológica de México es el primer estudio realizado en población general que permitirá determinar la prevalencia de anticuerpos anti-VIH en la población total de un país, ya que hasta ahora, los estudios de prevalencia del VIH y sus variables relacionadas, se han realizado solamente en poblaciones de alto riesgo.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 338, resumen 5093. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-VIH EN GRUPOS DE ALTO RIESGO EN MEXICO ◊

Izazola J.A., Valdespino J.L., Sepúlveda J.
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud de México

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de infección por VIH en diferentes grupos: homo y bisexuales masculinos, prostitutos, prostitutas y hemofílicos.

METODOS: En México se han realizado varias encuestas seroepidemiológicas transversales desde 1985 en las que se han utilizado la prueba de ELISA para detección y la WESTERN BLOT como confirmatoria. Los datos fueron recabados en las tres ciudades más grandes del país (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey), en dos ciudades turísticas (Acapulco y Mérida) y en Tijuana, ciudad colindante con California, Estados Unidos.

RESULTADOS: Las prevalencias en cada uno de los grupos, se resume en el siguiente cuadro:

GRUPO	AÑO	RANGO DE PREVALENCIA(%)
Hombres Homo y bisexuales	1985-1986	0.0 - 25.0
Hombres Homo y bisexuales	1987	1.2 - 31.0
Prostitutos	1986-1987	2.2 - 16.0
Prostitutas	1986	0.0
Prostitutas	1987	0.0 - 1.2
Hemofílicos	1987	28.0 - 67.0

Algunos estudios adicionales realizados en reclusos en la ciudad de México y entre personal masculino pertenecientes a instituciones cautivas del país, han reportado una seroprevalencia de 0.5%.

CONCLUSION: Este estudio confirma la baja prevalencia en prostitutas y muestra incremento de la transmisión en prostitutos y hombres homo y bisexuales.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 335, resumen 5083. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

PROYECCION DE LAS TENDENCIAS DE LOS CASOS DE SIDA EN MEXICO ◊

Lezana M.A, Valdespino J.L, Izazola J.A, Sepúlveda J.
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.

OBJETIVO: Proyectar las tendencias de la proporción relativa de las diferentes categorías de transmisión de la epidemia de SIDA en México, utilizando modelos matemáticos simples.

METODOS: Se analizaron 483 casos de SIDA en adultos (de enero de 1981 a junio de 1987) con la siguiente distribución: hombres homosexuales 60.2%, hombres bisexuales 23.6%, heterosexuales 8.5% y receptores de transfusiones sanguíneas 7.7%. Se utilizó la prueba de Mantel-Haenszel para evaluar el riesgo de ser un caso en relación a otros grupos de riesgo considerados. El número de casos se transformó con el procedimiento de Box-Cox y se utilizó un modelo logístico de regresión lineal, incluyendo un componente cuadrático, para proyectar la tendencia futura en la distribución de casos.

RESULTADOS: El número de casos ha mostrado una curva de crecimiento exponencial con 25,000 casos acumulados proyectados para 1991. Sin embargo, la tasa de incremento es diferencial de acuerdo a las categorías de transmisión. Utilizando la prueba extendida de Mantel-Haenszel, se ha observado una significativa tendencia a la baja para hombres homosexuales ($p < 0.005$), mientras que para el grupo de heterosexuales se ha observado una tendencia a aumentar ($p < 0.025$) lo mismo que para receptores de transfusiones ($p < 0.01$). La proporción de casos en hombres bisexuales permanece estable. Utilizando el modelo de regresión logística, se estimó que del número de casos acumulados en estos cuatro grupos, entre 1988 y 1991, los hombres homosexuales representarán el 37.9%, los bisexuales el 31.2%, los heterosexuales el 12.6% y los receptores de transfusiones el 18.3% de los casos.

CONCLUSION: Desde el inicio de la epidemia, el patrón de transmisión mexicano ha mostrado diferencias respecto al africano, norteamericano o al de Europa occidental. Estos resultados parecen apoyar la hipótesis de que están ocurriendo, simultáneamente, pequeñas epidemias en distintas etapas. Es importante considerar algunas peculiaridades locales.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 2, pag. 233, resumen 4687. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

DIFERENCIAS ENTRE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DE PACIENTES CON SIDA EN MEXICO Y OTROS PAISES ◊

García M.L, Gallardo E, Mayar M.E, Palacios M, Mora J.L, Valdespino J.L., Sepúlveda J.
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.

OBJETIVO: Comparar las manifestaciones clínicas de pacientes adultos mexicanos con SIDA con las reportadas en otros países.
METODOS: La información para este estudio fue tomada de los 796 pacientes adultos con SIDA notificados hasta diciembre de 1987.
RESULTADOS: Se dispone de información clínica completa de 295 pacientes (95% hombres, 72% entre 25 y 44 años de edad). Las enfermedades reportadas al momento del diagnóstico fueron: neumonía por *P. arinii* en 84 casos (28%), otras enfermedades oportunistas en 179 (61%), Sarcoma de Kaposi (S.K) en 32 (11%). Los casos con más de una enfermedad se tabulan únicamente en la categoría mencionada inicialmente. El S.K. se ha informado en 70 (24%) de los casos. La proporción de pacientes de SIDA con S.K. ha disminuido de 27% (1981-1984) a 17% (1985-1987). La duración promedio de la enfermedad es de 11.2 meses. Se han identificado 506 patógenos: *C. albicans*, (18%), *P. carinii* (17%), *M. tuberculosis* (7%), Herpes zoster (7%), y *Cryptosporidium* (6%). El 10% de los patógenos identificados corresponde a enteropatógenos.
CONCLUSION: La neumonía por *P. carinii* es menos frecuente en México que en Estados Unidos o Europa. Otras infecciones, principalmente tuberculosis y diarrea, son más comunes. La frecuencia de tuberculosis es similar a la reportada en grupos minoritarios de los Estados Unidos, el Caribe y Africa. Estas diferencias pueden explicarse por la prevalencia de patógenos locales, las características inmunológicas del huésped, y posiblemente la patogenicidad viral.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 333, resumen 5073. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

CARACTERISTICAS DEL SIDA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE MEXICO ◊

Ponce de León S, Ruiz G, Schnieders B, Cruz A.
Instituto Nacional de la Nutrición, México

OBJETIVO. Describir las principales características del SIDA en México, incluyendo' las tasas de hospitalización, infecciones oportunistas y mortalidad.

METODOS: Este es un análisis retrospectivo de los primeros 93 pacientes admitidos en nuestro hospital con diagnóstico de SIDA.

RESULTADOS: Entre enero de 1983 y agosto de 1987 fueron estudiados 93 pacientes con SIDA. De éstos, 81 (87%) fueron hombres homosexuales, 25 de los cuales (30.8%), tenían prácticas bisexuales; 3 admitieron tener prácticas heterosexuales promiscuas y 9 negaron haberse expuesto a factor de riesgo alguno. El antecedente de contacto sexual con extranjeros ha disminuido en estos años. Todos los pacientes fueron positivos a la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH, y 14 de 24 pacientes estudiados fueron positivos a la prueba de detección de antígeno. En el 75.3% de los casos la primera manifestación de la enfermedad fue una infección oportunista; en 20.4% fue sarcoma de Kaposi y 4.3% presentó ambas. A las 22 semanas después del diagnóstico se observó una sobrevida del 50%. La tasa de admisión al hospital fue de 2.2 por paciente-año, con un promedio de 47.7 días de hospitalización. Los microorganismos más frecuentemente identificados fueron: *Candida albicans* en 63 pacientes (68.8%), Citomegalovirus (CMV) en 33 (35.5%), Micobacterias en 25 (26.8%, *M. tuberculosis* 50% y atípicas 50%), y *Pneumocystis carinii, Cryptosporidium* y virus Herpes simple en 21 (22.5%). En 48 pacientes se diagnosticó sarcoma de Kaposi (51.6%) y linfoma no Hodgkin en 4 (4.3%).

CONCLUSION: Las manifestaciones de SIDA en estos pacientes fueron similares a las reportadas en otros países. Sin embargo, los antecedentes de bisexualidad y los casos de infecciones por CMV, *Cryptosporidium y M. tuberculosis* fueron más comunes, y las infecciones por *P.carinii* fueron menos frecuentes. La sobrevida fue dos veces menor que la reportada en otros países.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 333, resumen 5074 Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

TOLERANCIA Y RESPUESTA CLINICA A UN NUEVO INMUNOMODULADOR, EL AS-101, EN PACIENTES CON SIDA ◊

Ruiz G.M*, Ponce de León S*, Alarcón-Segovia D*, Alcocer J*, Cruz A*, Nares F*, Ponce de León A*, Rojas G*, y Sredni B**,
*Instituto Nacional de la Nutrición, México,
** Universidad Bar-Ilan, Israel.

OBJETIVO: Evaluar en pacientes con SIDA la tolerancia y respuesta clínica a un nuevo inmunomodulador, un telurato orgánico llamado AS-101.

METODOS: Para evaluar la toxicidad del AS-101, se llevó a cabo una prueba piloto en 5 pacientes, a los que se les administraron por vía intravenosa dosis del medicamento aumentadas en forma progresiva (de 0.25 a 2 mg/m^2). Adicionalmente, y para evaluar el efecto del tratamiento en la frecuencia y gravedad de las infecciones oportunistas, se realizó una prueba abierta en 36 pacientes con SIDA, del sexo masculino, administrando 3 dosis diferentes (2,3 ó 5 mg/m^2) durante 12 semanas, seguida de una dosis de sostén de 3 mg/m^2 en todos los grupos.

RESULTADOS: No se observaron efectos colaterales con ninguna de las dosis, a excepción de un olor corporal a ajo.
La sobrevida de los pacientes tratados hasta las 16 semanas fue de 96%; a las 32 semanas de 81% y a las 61 semanas de 51%, contrastando con lo observado en los pacientes con SIDA vistos en el Instituto de 1983 a 1987, en los cuales la sobrevida fue de 59%, 40% y 15% respectivamente. Los pacientes que recibieron dosis de 2, 3 ó 5 mg tuvieron en forma respectiva una tasa de incidencia para las infecciones oportunistas de 0.49, 0.50 y 0.23 por paciente/mes, con una duración de la infección de 12.6; 10.7 y 4.4 días por paciente mes y una tasa de incidencia durante la dosis de sostén de 0.25 por paciente/mes.

CONCLUSION: En este estudio, el AS-101 mostró ser seguro y bien tolerado, sin producir efectos colaterales importantes, sugiriendo que puede modificar la evolución clínica del SIDA a dosis mayores de 3 mg/m^2. Es necesario realizar estudios con dosis mayores y en combinación con terapia antiviral.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 229, resumen 3038. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

AUMENTO EN LA DETECCION DE PORTADORES DE ANTIGENO (Ag) A TRAVES DE PRUEBAS SIMULTANEAS EN PLASMA Y EXTRACTOS DE CELULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFERICA (CMSP) EN REPOSO (R), O ESTIMULADAS CON MITOGENO (PHA). ◊

Ruiz A.*, Ponce de León S.**, Presno M.*, Ponce de León A**, Ortíz R.*, Rojas G.**.
* Laboratorios Clínicos de Puebla, México
**Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México

Se piensa que la antigenemia debida al VIH posee gran significado tanto antes de la aparición de una respuesta de anticuerpos específica, como después de que declina, en las etapas terminales.

OBJETIVO: Aumentar la tasa de detección de portadores de antígeno, independientemente de la etapa de la infección en que se encuentren.

METODOS: Se probaron simultáneamente muestras de plasma y de extractos de CMSP-R y CMSP-PHA de 25 pacientes infectados con VIH, con pruebas positivas (ELISA y Western blot) y 10 mujeres donadoras altruistas de sangre, sanas, negativas.

RESULTADOS:

	% positividad a Ag-VIH*			
Grupo	Plasma	CMSP-R	CMSP-PHA	Cualquiera
SIDA (17)	76	53	82	100
Asintomáticos Infectados (8)	36	50	63	100
Controles (10)	0	0	0	0

*Vironostika VIH (Organon Teknika Lot. 871101002).

CONCLUSION: Los datos parecen indicar que, independientemente de la presencia de anticuerpos circulantes, el antígeno puede ser específicamente detectado en todos los individuos infectados cuando se prueban tres tipos de muestras simultáneamente. Esta estrategia puede ser de suma utilidad para el estudio de pacientes con resultados de anticuerpos dudosos o controvertidos.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 2, pag. 369, resumen 7779. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

CORRELACION ENTRE EIA ENVACORE RECOMBINANTE Y WESTERN BLOT ◊

Romero M.G, Morales C, Domínguez J.L.
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Secretaría de Salud. Distrito Federal, México.

OBJETIVO: Se realizó un estudio de correlación entre dos pruebas de detección de anticuerpos para VIH (ENVACORE RECOMBINANT EIA y WESTERN BLOT).

METODOS: Se analizaron 503 muestras, obtenidas de donadores pagados en cuatro ciudades mexicanas; las muestras fueron previamente determinadas como positivas por la prueba EIA.

RESULTADOS: Los resultados finales pueden observarse en la siguiente tabla:

RESULTADOS WB COMPARADOS CON ENV/CORE

RESULTADOS	ENVCORE				TOTAL DE CASOS
	CORE & ENV +	CORE +	ENV +	CORE & ENV (-)	TOTAL de casos
Resultados WB	Casos	Casos	Casos	Casos	
Positivo	99.6%	100%	97.7%		94.0%
Negativo	0.4%			92.0%	4.8%
Igual			2.3%	8.0%	1.2%

CONCLUSION: La correlación entre las dos pruebas fue de 95%, por lo que EIA recombinante ENV/CORE puede ser considerada, también, como prueba confirmatoria.

* Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 2, pag. 258, resumen 5577 . Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

PREVALENCIA DE SEROPOSITIVIDAD AL VIH EN DONADORES DE SANGRE ◊

Domínguez J.L, Morales C, Romero M.G.
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Secretaría de Salud, Distrito Federal, México

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de seropositividad al VIH en diversos grupos de donadores de sangre durante 1986.

METODOS: Fueron estudiados 25 786 sueros por medio de la prueba EIA anti-VIH, confirmando los que resultaron seropositivos con las pruebas Western Blot y ENVCORE.

RESULTADOS: Se obtuvieron los siguientes resultados:

DONADORES	NO. DE MUESTRAS	(+)	%
Remunerados	9,100	659	7.24%
Altruistas	4, 343	4	0.092
Familiares	12,343	4	0.032

CONCLUSION: Esta información reveló que el grupo de donadores remunerados muestra una mayor prevalencia de seropositividad al VIH que los otros grupos. Esta situación dió lugar a la modificacion de la Ley General de Salud, por la cual se prohibe la comercialización de la sangre a partir del mes de mayo de l987.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 282, resumen 4089. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

TRANSMISION DE VIH EN DONADORES REMUNERADOS EN LA CIUDAD DE MEXICO ◊

Avila C*, Stetler H**, Dickinson E*, Valdespino J.L*, Castro K**, Ward J**, Izazola J.A*, Romero M.G***, Sepúlveda J.*

*Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud de México,
**Centros de Control de Enfermedades. Estados Unidos de Norteamérica,
***Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, Secretaría de Salud, México.

OBJETIVO: Estudiar, en un centro colector privado, las causas del incremento en la proporción de plasma seropositivo al VIH, proveniente de donadores remunerados.

METODOS: Se revisaron los registros del centro colector de plasma correspondientes al período comprendido entre los meses de junio y noviembre de 1986. Para confirmar la existencia de infección por VIH y de factores de riesgo, fueron nuevamente evaluados y entrevistados 50 donadores seropositivos y 45 donadores seronegativos al VIH.

RESULTADOS: La tasa de donadores seropositivos al VIH se incrementó, del 6% en el mes de junio, al 54% en el mes de noviembre, fecha en que fue cerrado el centro estudiado. De 281 donadores identificados como seropositivos, 58 (21%) presentaron seroconversión durante este periodo. En los 50 donadores seropositivos, fue confirmada la presencia de anticuerpos para VIH al ser repetida la prueba de detección, y 5 de 7 (71%) fueron positivos al cultivo. Sólo 7 (21%) de los donadores seropositivos y 7 (16%) de los seronegativos declararon tener prácticas de riesgo para la infección por VIH. Los donadores seropositivos mostraron una frecuencia mayor de donación que los seronegativos, siendo ésta de 4 o más donaciones al mes (50% contra 14%, OR = 5.4, 95% CL =1.9 - 16.3). El contacto sexual con prostitutas fue más frecuente entre los donadores seropositivos que entre los seronegativos, aunque esto no es significativo estadísticamente (64% contra 42%).

CONCLUSION: Los datos obtenidos durante este estudio sugieren que muchos de estos donadores adquirieron la infección por VIH en el centro colector estudiado.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 2, pag. 345, resumen 7681. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

MEDIDAS DE CONTROL ADOPTADAS EN MEXICO PARA PREVENIR LA TRANSMISION DEL VIH POR SANGRE Y HEMODERIVADOS ◊

Sepúlveda J*, Avila C*, Domínguez J.L.**
*Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México
**Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Secretaría de Salud, México.

OBJETIVO: Describir las medidas adoptadas en México para proteger los bancos colectores de sangre y hemoderivados de unidades contaminadas con el VIH y el impacto de dichas medidas a corto plazo.

METODOS: Se analiza la información disponible en los centros colectores de sangre y plasma antes y después de haber hecho obligatoria la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH (Mayo de 1986) y de prohibirse la comercialización de la sangre (Septiembre de 1987).

RESULTADOS: La Secretaría de Salud ha adoptado las siguientes medidas: la notificación obligatoria de los casos de SIDA; la obligatoriedad de la prueba de detección de anticuerpos en donadores; la prohibición de la comercialización de la sangre y la realización de campañas para promover su donación altruista. En México, durante 1986, se transfundieron más de 700,000 unidades de sangre; 70% de ellas procedían de donadores voluntarios y 30% de donadores pagados. La seroprevalencia de VIH en 1986, fue de 0.1% en donadores voluntarios y de 7% en donadores pagados. Después de la implantación de las medidas mencionadas, la prevalencia de seropositividad al VIH en los donadores de sangre, ha disminuido a 0.04%. Para diciembre de 1987 los casos por transfusión de productos sanguíneos contaminados, se estimaba en 10% del total de casos reportados. Las proyecciones previas estimaban que en México, para 1991, el número de casos sería entre 22,000 y 32,000, de los cuales un 25% estaría asociado a transfusión en caso de que ninguna de las medidas preventivas mencionadas se hubiese llevado a cabo. Con las proyecciones actuales, se calcula que para 1991 la proporción de casos asociados a transfusión será reducida a un 14%, gracias a las medidas preventivas mencionadas.

CONCLUSION: Es posible que exista un incremento, en el corto plazo, en la proporción de casos asociados a transfusión de sangre y hemoderivados, pero se espera que con el paso del tiempo esta proporción disminuya gradualmente, probando de esta manera la eficacia de las medidas preventivas adoptadas en los centros colectores de sangre.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 346, resumen 5128. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

FACTORES DE RIESGO DE TRANSMISION DEL VIH EN HOMOSEXUALES, SEGUN UNA ENCUESTA SEROEPIDEMIOLOGICA EN MEXICO ◊

Izazola J.A.*, Valdespino J.L.*, Avila C.*, Ornelas G.*, Stetler H.**, Sepúlveda J.*.
* Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.
** Centro de Control de Enfermedades, EUA.

OBJETIVO: Relacionar prácticas sexuales con riesgo de infección al VIH, en hombres homosexuales y bisexuales en la Ciudad de México.

METODOS: Se trata de una encuesta convencional de tipo transversal realizada entre noviembre de 1985 y agosto de 1987 en la que se incluyeron 573 hombres con prácticas homosexuales. Se realizó una entrevista anónima y se tomó una muestra de sangre de aquellos que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

RESULTADOS: El 57% del total de la muestra, eran individuos bisexuales. Solo 1.5% eran usuarios de drogas intravenosas. La prevalencia de seropositividad del período completo fue de 27%: 5% en 1985, 25% en 1986 y 31% en 1987. El hecho de mantener una relación heterosexual estable tuvo un efecto protector OR=0.28 (95% IC=0.15, 0.49; p 0.01) a pesar de que en individuos casados la prevalencia fue de 24%. Las prácticas relacionadas significativamente con riesgo de infección por VIH son:

PRACTICA	RAZON DE MOMIOS	IC 95%	SIGNIFICANCIA
Ser penetrado	7.49	2.21, 21.53	p < 0.01
Uso de nitratos inhalados	2.36	1.53, 3.56	p < 0.01
Relaciones sexuales ocasionales con personas conocidas en bares gay	2.29	1.39, 3.79	p < 0.01
Relaciones sexuales con extranjeros (estadounidenses)	1.7	1.14, 2.52	p < 0.01

CONCLUSION: Los resultados presentados acerca de las prácticas en hombres bisexuales, muestran que existe un alto riesgo de transmisión del VIH a la población heterosexual en México.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 1, pag. 281, resumen 4085. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

INDICADORES DE MODIFICACION DE CONDUCTA COMO RESULTADO DE LA CAMPAÑA DE PREVENCION DEL SIDA EN MEXICO ◊

Izazola J.A. Valdespino J.L, Sepúlveda J.
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México

OBJETIVO : Evaluar la modificación de conductas debida a la campaña de prevención del SIDA en México, por medio de los resultados obtenidos de encuestas operacionales de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).

METODOS: Se realizaron dos encuestas (en mayo y septiembre de 1987) y una tercera comparable a la segunda, se aplicaría en abril de 1988. Las encuestas se realizaron en forma simultánea a la campaña de educación para la prevención del SIDA. Los resultados obtenidos en 6 ciudades, en las cuales se evaluaron actitudes y prácticas en 5 diferentes subgrupos de población, con evaluación serológica de los grupos de alto riesgo, fueron incluidos en la segunda encuesta, y serán incluidos, así mismo, en la tercera.

RESULTADOS: Se registró un incremento en el conocimiento del uso de condones como medida preventiva contra el SIDA (52% en mayo contra 72% en septiembre), y una disminución de las falsas creencias sobre la transmisión casual (42% contra 35%). Para septiembre, el 28% de la población estudiada, afirmó haber cambiado su conducta sexual debido a los mensajes de la campaña, adoptando prácticas de bajo riesgo. Los resultados en los subgrupos seleccionados en la ciudad de México, acerca del conocimiento y uso del condón durante los 9 meses anteriores, son: población general (72% y 60%), estudiantes universitarios (78% y 58%), homo y bisexuales masculinos (92% y 70%) y prostitutas femeninas (95% y 95%). Los resultados de la primera y segunda encuesta, así como los resultados parciales de la tercera, se presentarán junto con nuevos indicadores de modificación de conducta.

CONCLUSION: Estos indicadores sugieren que la campaña educativa está favoreciendo el conocimiento de que el uso de condones es una medida preventiva contra el SIDA, y se espera que su uso se incremente.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 2, pag. 421, resumen 9551. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ACTIVA Y PASIVA DEL SIDA. LA EXPERIENCIA MEXICANA ◊

García M.L, Rico B, Mora J.L, Palacios M, Valdespino J.L, Sepúlveda J.
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud de México.

OBJETIVO: Presentar las características de la experiencia en la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH en México, un país en desarrollo, con serias limitaciones económicas y con un problema de infección por VIH creciente.

METODOS: Se formó un Comité Nacional para la Prevención del SIDA con el propósito de elaborar un programa de vigilancia epidemiológica nacional.

RESULTADOS: En México, la vigilancia epidemiológica pasiva de la infección por VIH se ha basado en la notificación obligatoria de los casos de SIDA a la Secretaría de Salud. La definición de caso se estableció considerando los servicios de salud disponibles y las enfermedades infecciosas endémicas. Se han instalado sesenta y ocho laboratorios para detección de infección por VIH, además de un Laboratorio de Referencia Nacional encargado de la realización de pruebas de confirmación y de la supervisión de laboratorios. Las pruebas de tamizaje en sangre y sus derivados se efectúa en forma obligatoria; se ha elaborado un registro nominal de casos a nivel central y se edita un boletín epidemiológico mensual. La vigilancia epidemiológica activa se ha llevado a cabo a través de encuestas de prevalencia en grupos con riesgo diferencial. Se han realizado encuestas de conocimientos, actitudes y practicas (CAP), y de investigación de factores de riesgo. Se han establecido centros de información en la ciudad de México y las ciudades más grandes del país.

CONCLUSION: Los resultados obtenidos han brindado apoyo a las decisiones oficiales relacionadas con la elaboración de normas y medidas preventivas a distintos niveles (por ejemplo la prohibición de la comercialización de la sangre), con la planeación y evaluación de programas educativos y con la evaluación del impacto de la epidemia en la sociedad. El establecimiento de un programa de vigilancia epidemiológica sobre la infección por el VIH debe tomar en consideración problemas específicos. En México se han adoptado medidas para mejorar la infraestructura administrativa, diagnóstica y la evaluación de programas de control.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 2, pag. 428, resumen 9577. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

LA EXPERIENCIA DEL CENTRO NACIONAL DE INFORMACION SOBRE SIDA ◊

Ornelas G, Rossi L, Uribe P, García M.L.
Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud de México

OBJETIVO: Describir las características de un centro de información sobre SIDA en una sociedad con características socioculturales específicas.

METODOS: El Centro Nacional de Información sobre SIDA se estableció en un área independiente, separada de los edificios institucionales. El personal que trabaja en este centro está compuesto por especialistas de distintas disciplinas. Las estrategias que se están implantando en este Centro buscan reconciliar intereses y patrones de vida y conducta.

RESULTADOS: Por primera vez en México se abre un espacio en donde personas infectadas por VIH, pueden expresarse, sin importar su religión, edad, nacionalidad, estatus socioeconómico, ni sus características culturales y preferencias sexuales . Todos aquellos que necesitan ayuda pueden acudir a este Centro. El Centro Nacional de Información se enfrenta no solamente al problema de la seropositividad de una persona, sino a patrones socioculturales profundamente machistas, a una población altamente religiosa donde la sexualidad es considerada todavía como tabú, y donde se niega el hecho de que las relaciones humanas no incluyen únicamente las relaciones heterosexuales monogamas y estables. La necesidad de cambiar conductas se ha hecho patente, y los individuos seropositivos así como sus familias, parejas y personas cercanas están recibiendo ayuda. Se han visitado hospitales, escuelas, zonas rurales y urbanas con el fin de recoger la información que nos permita conocer nuestra realidad, la cual es diferente a la de cualquier otro país.

CONCLUSION: La existencia del Centro Nacional de Información ha sido de gran importancia para el control de la epidemia de SIDA en México. El Centro está adquiriendo una vital importancia debido a que brinda servicios médicos, psicológicos y sociales. Cada grupo de los considerados de alto riesgo recibe ayuda específica, que es descrita detalladamente en este artículo.

◊ Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre SIDA. Tomo 2, pag. 436, resumen 9612. Estocolmo, Suecia Junio 13-16, 1988.

A V I S O S

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE COMUNICACION Y EDUCACION SOBRE SIDA IXTAPA, MEXICO 16-20 DE OCTUBRE DE 1988

El Primer Simposio Internacional de Comunicación y Educación sobre el SIDA, organizado por la Secretaría de Salud de México, tiene el propósito de analizar e intercambiar experiencias relacionadas con la prevención del SIDA. El Simposio reunirá a administradores y expertos en planeación de la salud, educadores, especialistas en comunicación educativa, epidemiólogos y personas interesadas en apoyar la investigación sobre el SIDA. Asimismo, asistirán representantes de las Agencias de Salud Nacionales, Internacionales y de Agrupaciones Privadas. Los temas versarán sobre Investigación y Comunicación Educativa en Salud; Planeación Educativa, Diseño de Programas y Materiales Educativos, Investigación de Programas de Comunicación y Educación, así como Evaluación del Impacto de los Medios de Prevención contra el SIDA. El evento se realizará en Ixtapa, México, del 16 al 20 de octubre de 1988.

El Boletín Mensual sobre SIDA es la comunicación oficial de CONASIDA (Comité Nacional de Prevención sobre SIDA), está dirigido al personal médico y paramédico de las diferentes Instituciones con el propósito de informar sobre las características epidemiológicas del comportamiento de la infección por VIH en el país, proporcionar información actualizada sobre aspectos virales, clínico-terapéuticos y preventivos, así como informar sobre las normas, pautas y actividades que se adopten para el control de la epidemia.

Se aceptan contribuciones que traten aspectos epidemiológicos, virológicos, clínicoterapeúticos, educativos, sociales, jurídicos o éticos relacionados con la infección por VIH. Los artículos firmados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de CONASIDA o de la Institución a que está (n) afiliado (s) el (los) autor (es).

El SIDA se ha adicionado a la lista de enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica y la notificación inmediata de los casos es obligatoria (artículos 134 y 136 de la Ley General de Salud). La notificación deberá hacerse utilizando los formatos elaborados exclusivamente para SIDA y enviarse a:

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA ANICETO ORTEGA 1321 5o. PISO, COL. DEL VALLE, DELEG. BENITO JUAREZ, 03100 MEXICO, D.F. TELEX 1764586 SSDFME TELEFONOS 5-34-78-91 5-24-87-23.

DIRECTOR DEL BOLETIN

DR. JAIME SEPULVEDA AMOR

EDITORES

DR. JOSE LUIS VALDESPINO G.
DRA. MA. DE LOURDES GARCIA G.
DR. JOSE LUIS MORA GALINDO
DRA. BLANCA RICO GALINDO
DR. MANUEL PALACIOS MARTINEZ
PSIC. ENRIQUE BRAVO GARCIA

ANICETO ORTEGA 1321 COL. DEL VALLE C.P. 03100
TEL: 5 24 87 23 5 34 78 91